

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 décembre 1882, à 1 heure.

PAR M. GEORGES CORNEAU,

Né à Châtellerault (Vienne), le 2 décembre 1855.

DES VERRUES

LEUR TRAITEMENT

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : MM. { GUYON, professeur.
 { RICHEL, MARCHAND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

Année 1882

THÈSE

N° 47

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 décembre 1882, à 1 heure.

PAR M. GEORGES CORNEAU,

Né à Châtelleraut (Vienne), le 2 décembre 1855.

DES VERRUES

LEUR TRAITEMENT

Président M. DUPLAY, professeur.

Juges • MM. { GUYON, professeur.
 { RICHEL, MARCHAND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux ana- tomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MESSieurs les

A MESSieurs les

MEIS ET AMICIS
M. LE PROFESSEUR DUBLAY

A M. LE DOCTEUR DUBLAY

A MES MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX DE TOURS ET DE PARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY.

A M. LE DOCTEUR DESPRES,

Chirurgien des hôpitaux.

DES VERRUES

LEUR TRAITEMENT

VERRUES DE LA PLANTE DU PIED.

PREMIERE PARTIE.

INTRODUCTION.

Notre but, en rédigeant ce travail sur les verrues de la plante du pied, était de tracer un tableau clinique aussi complet que possible de ce genre d'affection. Pour cela, il eût fallu un grand nombre d'observations que nous espérons réunir sans difficulté, car ces tumeurs ne sont pas rares, il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu l'occasion d'en observer, cependant les documents manquent presque totalement.

Nous nous sommes adressé à de nombreux chefs de service ou internes des hôpitaux sans en obtenir aucun document nouveau.

Les auteurs classiques, chirurgiens ou dermatologistes que nous avons consultés, et ils sont nombreux, ainsi qu'on peut en juger à l'article bibliographie, les auteurs ne semblent guère avoir fixé leur attention sur ce sujet, car nous n'en trouvons aucun qui ait signalé les particularités que présentent les verrues suivant leur siège dans les différentes régions du corps, en particulier à la face plantaire.

A quoi attribuer cette indifférence générale? A la facilité du diagnostic, à la bénignité de ces tumeurs, à la simplicité de leur traitement? Nous espérons montrer que si le diagnostic est, dans la majorité des cas, des plus aisés sur les différents points de la peau, alors que le papillome n'a subi dans sa structure ou ses caractères extérieurs aucune modification, il n'en est plus de même à la face plantaire où, par le fait de la compression, de l'irritation résultant de la marche, des modifications inflammatoires dues à la même cause, des érosions qui se produisent à leur surface, les verrues peuvent surtout, à partir d'un certain âge, simuler une affection redoutable, entre toutes, l'épithélioma principalement dans sa variété papillaire.

Relativement à leur bénignité admise sans conteste, il est bon d'opposer l'opinion de certains auteurs qui admettent la possibilité de leur dégénérescence cancéreuse.

Nous reviendrons sur ce sujet en étudiant le pronostic de l'affection qui nous occupe. Rien qu'à ce

double point de vue, les verrues plantaires mériteraient donc d'être étudiées; nous pourrions ajouter que, toute idée de dégénérescence mise à part, cette affection méritait encore l'honneur d'une monographie en raison de ce fait; la verrue est, par son siège, toujours gênante, souvent très douloureuse, elle force le malade à réclamer le plus vite possible l'intervention chirurgicale en raison de l'entrave qu'elle apporte à l'accomplissement de certaines fonctions, telles que la station et surtout la marche.

Dans la plupart des cas, les cors, les durillons, les cornes et autres difformités de la peau, ne sont pas pour le patient un sujet de préoccupation et de gêne douloureuse plus grandes que le papillome plantaire; elles ont pourtant été l'objet des recherches de bon nombre d'auteurs; on a étudié avec soin leur mode de développement, leur diagnostic différentiel des affections similaires, leurs complications, etc., les monographies en sont nombreuses. Nous ne pouvons donc que regretter l'abandon par les chirurgiens de ce point minuscule, mais pratique, de la pathologie chirurgicale; dans une note insérée, en 1854, par M. le professeur Verneuil dans les « Archives de médecine, » il est dit qu'à peu près à la même époque, Robert, chirurgien des hôpitaux, préparait un mémoire important sur ce sujet : nous l'avons cherché vainement dans les différents recueils ou journaux de médecine.

L'insuffisance de documents pourra sans doute justifier notre brièveté forcée; nous nous estimerons

heureux si notre travail suffit à appeler de nouvelles recherches sur ce sujet, dans tous les cas il pourra peut-être être de quelque utilité au praticien qui veut être renseigné sur ce point de chirurgie pratique, en le dispensant de se livrer à des recherches rendues ennuyeuses et pénibles par la dissémination des matériaux.

Avant de commencer, il nous sera permis de rendre hommage à M. Després, chirurgien de la Charité, et de le remercier des services qu'il nous a rendus, tant au sujet de notre thèse que de nos études, pendant notre séjour dans son service.

DÉFINITION.

Les verrues sont des excroissances de volume variable, de consistance ordinairement ferme, tantôt mobiles et superficielles, tantôt implantées profondément dans le derme, suivant la région où on les observe, constituées par l'hypertrophie d'une ou de plusieurs papilles dermiques revêtues d'une couche d'épiderme souvent hypertrophiée. On en distingue habituellement deux espèces : celles qui existent déjà au moment de la naissance de l'enfant; celles qui se développent dans le courant de la vie.

Les premières sont les plus rares.

Les verrues congénitales existent, en général, sur un seul point ou sur un petit nombre de points; leur surface est plus ou moins lisse, recouverte d'un

épiderme normal quoique fortement pigmenté. Dimensions : depuis une pièce d'un franc jusqu'à la largeur de la paume de la main : elles grandissent souvent après la naissance, en même temps qu'elles deviennent plus foncées et plus fermes.

Les verrues acquises sont persistantes ou caduques : leur coloration est semblable à celle de l'épiderme sain, ou gris verdâtre, vert foncé, quelquefois noirâtre.

Mentionnons encore une variété de verrues observées le plus souvent chez les individus âgés, au visage, à la nuque, même aux pieds, qui présentent une coloration noirâtre et constituent ainsi parfois le point de départ d'un épithélioma.

D'après Plenk on devrait les dénommer *porrum*.

Leur marche est subaiguë ou chronique.

DIVISION DU SUJET.

Nous commençons notre étude par la révision abrégée des différents auteurs qui ont écrit sur le même sujet; l'historique formera donc notre premier chapitre. Ensuite, adoptant l'ordre classique, nous étudierons successivement l'étiologie, pleine d'obscurité, l'anatomie pathologique qui a fait l'objet d'un grand nombre de travaux et qui nous paraît bien connue; enfin dans les chapitres suivants nous traiterons des symptômes et de la marche des verrues plantaires.

Nous terminerons par le diagnostic et le traitement.

Nous avons consacré la seconde partie de notre travail à l'exposé des observations qui nous ont servi à l'étude de la question.

HISTORIQUE.

Les verrues sont connues de toute antiquité : les plus anciens auteurs de la Grèce et de Rome nous ont laissé des descriptions qui s'appliquent évidemment aux tumeurs qui nous occupent, bien qu'ils aient étudié spécialement les tumeurs végétantes des parties génitales. Ils désignaient sous le nom d'Acrochordons les verrues pédiculées, sous celui de Myrmécies les excroissances de même nature mais sessiles, enfin ils dénommaient fici ou thymi les verrues végétantes; c'est ainsi qu'Hippocrate les appelle. Galien les a également observées, mais ses idées sur leur nature sont pleines d'obscurité. Pour lui elles seraient formées par une matière hétérogène poussée avec violence vers la peau par la force des facultés internes (Lib. II. De Morb.).

Celse insiste sur les verrues plates qu'il qualifie « verrucæ formicariæ, » à cause des fourmillements auxquels elles donnent lieu, si l'on incise leur surface.

Il signale leur existence possible à la face plantaire en insistant, fait important pour notre sujet, sur les vives douleurs qu'elles déterminent.

La doctrine de l'existence d'une dyscrasie spéciale, servant de base à l'éruption verruqueuse, fut accueillie avec ferveur, amplifiée même par les chirurgiens du moyen âge. Ainsi, Guy de Chauliac, dans son grand traité de chirurgie, en s'appuyant de l'autorité d'Avicennes et des auteurs qui l'ont précédé, nous dit : « Le principe de ces excroissances procède d'une humeur grossière, mélancolique ou phlegmatique salée, convertie en mélancolie, qui, destituée de circulation, s'épaissit insensiblement et forme des callosités qu'on appelle verrues » Idée reprise quatre siècles plus tard par Rousselot et son plagiaire Laforest ; l'un et l'autre eurent cependant le mérite de chercher à distinguer les verrues des cors, le premier faisait remarquer, avec raison, qu'elles s'attachent plus rarement aux pieds qu'aux mains ou au visage.

Avec Ambroise Paré nous retrouvons les doctrines de Celse reproduites presque littéralement.

Après la première apparition de la syphilis au siège de Naples, en 1494, les médecins contemporains, vivement frappés par la gravité de la maladie nouvelle qu'ils observaient et qui bouleversait toutes les idées admises, crurent voir l'influence de la vérole dans toutes les excroissances de la peau, en particulier celles qui siégeaient sur les organes sexuels.

C'est dans le livre très intéressant publié, en 1698, par Nicolas de Blegny, que nous avons trouvé les premières dissonances dans ce concert unanime :

« On sait par expérience, dit-il, qu'on peut voir dans ceux qui ne sont pas vérollez, des douleurs, des dartres, des verrues, des poireaux. »

Lebègue de Presles et surtout Fabre, dans son traité si longtemps classique, adoptent l'idée de Blegny et s'appuient sur ce que verrues et poireaux peuvent persister malgré un traitement mercuriel, comme elles disparaissent souvent d'elles-mêmes sans aucun traitement interne.

Lorry au XVIII^e siècle parle d'une manière originale sur les diverses excroissances de la peau, dans son important ouvrage sur la dermatologie. Il divise ses productions en deux classes : 1^o productions calleuses ; 2^o productions verruqueuses ; classification adoptée par Plenck, son contemporain.

Dudon, dans son manuel du pédicure, s'occupe surtout du traitement des verrues.

Avec les progrès rapides de l'histologie, l'anatomie normale et par contre-coup l'anatomie pathologique de ces excroissances, commença à être mieux connue. On sut alors que les verrues étaient constituées par les papilles de la peau hypertrophiées et recouvertes d'un revêtement épithélial comme un ouï-propre à chacune d'elles.

On rapprocha ces tumeurs des excroissances que l'on voit apparaître sur les muqueuses qui sont aussi des papillomes.

Rayer, dans son traité des maladies de la peau, signale les verrues plantaires, mais sans s'attacher à leur description spéciale.

Lebert parle aussi des verrues dans son anatomie pathologique, et attribue leur chute à la tendance qu'elles présentent à l'étranglement, au petit nombre et à la petitesse des vaisseaux qu'elles renferment.

Il faut observer que certaines tumeurs, ressemblant à des cancroïdes, peuvent tomber spontanément, et, à ce sujet, il insiste sur l'analogie de ces excroissances entre elles, malgré la différence capitale qui les sépare au point de vue de la marche et surtout de leurs conséquences.

D'après Hebra, la littérature anglaise représentée par Plumbe, Thomson, Pearson, Er. Wilson et parmi les modernes, Fox et Hellier, traite d'une façon complète cette question des verrues.

En 1812, Hénin a fait paraître un mémoire sur le même sujet, mais leur nature et leur symptomatologie variable suivant les sièges, l'occupe moins que leur traitement.

Les ouvrages allemands nous fournissent les données les plus étendues que nous possédions. Franck cite une bibliographie qui s'étend depuis l'antiquité jusqu'à son époque et qui, malgré nombre de faits avérés faux de par la science moderne, est pour les spécialistes de la plus haute importance.

L'anatomie en a été élucidée d'une manière complète par Kraëmer, von Barenprung, G. Simon de Berlin, Weld, et enfin Virchow. Dans son traité des tumeurs, ce dernier, résumant les travaux pré-

cédents, écrit longuement sur les tumeurs verruqueuses en général. Après avoir rappelé que la peau est le siège principal de ces tumeurs, il reproduit la classification de Celse et de Galien en faisant remarquer l'importance que les anciens attachaient, dans l'étude de ces excroissances, à leur forme extérieure et à leur consistance. Il décrit, en y insistant, leur structure histologique et signale ce fait, qu'il n'est pas nécessaire, pour que le papillome se forme, qu'il y ait des papilles préalablement existantes, et que, par conséquent, des papillomes peuvent se former sur des surfaces où il n'existe pas de papilles physiologiquement.

Il signale encore ce fait remarquable, que ce n'est pas toujours dans les endroits les plus riches en papilles que se forment les verrues. Ainsi les papilles de l'intestin sont très nombreuses et très développées, cependant les verrues y sont rares. Il suffit, d'après lui, pour que cette production se forme, qu'il y ait du tissu connectif, car le point essentiel est que le tissu superficiel produise par prolifération, de quelque manière que ce soit, une masse qui apparaisse comme un petit bouton arrondi ou une proéminence aplatie.

Telle est la théorie de Virchow, pour la formation de toute production papillaire. Le tissu connectif joue le rôle fondamental, c'est lui qui prolifère avant que les vaisseaux n'apparaissent et ne s'accroissent en longueur et en largeur.

C'est de cette façon que l'on voit se former ces

excroissances verruqueuses sur les cartilages et même sur les séreuses.

L'histologiste allemand n'admet pas que l'on attache tant d'importance à la forme : il trouve inutile de dénommer, avec Kramer, ces tumeurs papillomes, puisque l'on a assez d'expressions pour désigner toutes ces différentes végétations.

La tumeur formée du tissu connectif revêt simplement la forme verruqueuse ; son nom doit donc être fibrome, son adjectif papillaire ou verruqueux. Quand bien même un revêtement épithélial s'ajouterait au néoplasme, on devrait les ranger dans la classe des fibromes papillaires.

On en aurait trouvé dans les glandes, sur la paroi des follicules pileux ; en pressant sur le conduit dilaté de la glande, on pouvait faire saillir la verrue qui, généralement, était pédiculée. (Virchow, in Pathologie des tumeurs. Art. Fibromes papillaire. Traduct. française, par Aronhson, tom. I, 1867.)

Alibert, Cazenave, Gibert, Devergie, Baudot, Caillot, Chausit et plus récemment Bazin et Hardy, ne nous donnent aucun renseignement spécial sur ce sujet.

Dans les différents classiques modernes, Boyer, Vidal de Cassis, Nélaton, Follin, Jamain et Terrier, nous trouvons des descriptions très générales, sans que ces auteurs puissent consacrer de nombreuses pages à exposer les différentes modifications de la verrue, suivant son siège.

Les leçons cliniques de nos principaux maîtres tels que Dupuytren, Gerdy, Velpeau, Marjolin, Chassaignac, Gosselin, etc., sont absolument muettes à ce sujet.

Le Compendium de chirurgie ne nous a fourni qu'une très courte observation que l'on trouvera plus loin.

En 1855, dans sa thèse inaugurale, Jolieu, étudiant les tumeurs chirurgicales de la peau, fait sur les verrues un chapitre qui n'est qu'une ébauche, car, en raison de l'étendue de son sujet, il ne fait que passer sur cette variété moins importante.

En 1857, Gorju, traitant des tumeurs de la plante des pieds, consacre quelques lignes aux papillomes plantaires, il nous en fournit deux observations où la verrue est bien décrite sous le nom de cor exodermique papillaire, avec l'anatomie pathologique à l'appui faite par Lebert.

Dans un article inséré dans les Archives de médecine, le professeur Verneuil parle incidemment des verrues en étudiant les tumeurs chirurgicales de la peau.

Enfin le travail le plus récent en date, peut-être le plus complet, est une leçon clinique de M. le professeur Després, insérée dans la Gazette des Hôpitaux, au mois d'août 1882.

ÉTIOLOGIE.

Comme les médecins de l'antiquité, la majorité du public croit encore à une foule de causes capables de produire les verrues. Ainsi on a invoqué la mouillure répétée des mains et des pieds, les rapports fréquents avec les animaux, les vaches, les poules, etc. Selon Samier, Turner raconte qu'elles sont très fréquentes chez les personnes chargées en Angleterre de traire et de soigner les vaches.

Sans partager les idées erronées du public, nous avouons que nous n'admettons guère plus l'opinion de certains auteurs qui disent que l'irritation habituelle de la peau semble favoriser leur développement sur les mains et les pieds : que par suite on les observe principalement chez les personnes qui manient des corps durs, qui négligent les soins de propreté, dont les mains sont exposées aux variations de l'atmosphère ; les cuisiniers, qui exposent habituellement leurs mains à toutes les températures extrêmes, auraient souvent ces parties couvertes de nombreuses verrues.

A notre avis il vaudrait mieux avouer que nous n'en savons rien : car en définitive, l'irritation chronique de la peau provoque des érythèmes, des éruptions eczémateuses : les eczémas professionnels sont bien plus communs que les verrues. Si d'autre part l'irritation était la vraie cause, comment expli-

quer la présence des verrues chez les enfants naissants, ou encore lorsque ces excroissances siègent aux seins, aux paupières, à la face? La malpropreté, invoquée d'une façon banale, ne doit pas être davantage le point de départ véritable : nous observons chaque jour, surtout dans les hôpitaux, une foule de gens qui se lavent les pieds moins souvent encore que les mains, et cependant les verrues plantaires sont rares.

Nous nous rallierions plus aisément à la doctrine humorale des anciens qui regardaient la verrue comme une manifestation d'une dyscrasie spéciale, idée partagée, d'après Hébra, par nombre d'auteurs modernes : car il est établi que chez les individus, les papillomes qui nous occupent se reproduisent, après destruction réitérée, malgré les soins de propreté et les lotions fréquentes. Il existe chez certains une véritable prédisposition ; constamment ils ont des verrues tandis que d'autres en sont toujours exempts bien que soumis aux mêmes conditions que les premiers.

Celse, d'après Samier, aurait déjà remarqué que les enfants ont à un très haut degré cette prédisposition : « Maxime in pueris nascuntur acrochordones. » (Lib. 5. cap. 2, sect. 14.)

La verrue est-elle contagieuse? Bon nombre de gens, dans le public, le croient, et à ce propos, Rayer dit qu'on a prétendu que le sang qui s'écoule d'une verrue peut, par son contact, provoquer le développement des tumeurs analogues. Le

même auteur, pour s'assurer du fait, a essayé, mais toujours sans succès, de les inoculer. Cruveilhier rapporte que Baruel lui a montré sur le dos de sa main une traînée de verrues qu'il affirmait s'être développées exactement sur le trajet du sang résultant de l'excision d'une tumeur analogue. C'est le seul cas, si tant est qu'il soit vrai, que l'on puisse citer à l'appui de la doctrine de la contagiosité; dans aucun de nos dermatologistes, nous n'avons vu citer d'exemple semblable.

Citons, pour en finir avec l'étiologie, le fait suivant rapporté par Hebra : Rayet aurait vu un malade chez qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, la face et les mains furent brusquement couvertes d'une éruption confluyente de verrues, lesquelles, du reste, disparurent sans traitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La verrue est constituée par l'hypertrophie, ou si l'on veut par la production exagérée des éléments ou des tissus simples de la peau.

Il est commun de voir les différents éléments de la peau s'hypertrophier en même temps et alors on éprouve des difficultés très réelles à reconnaître la véritable nature de la tumeur. Nous jugeons donc utile de rappeler en quelques lignes la structure de la peau normale et en particulier de ce qu'elle présente de spécial à la région plantaire.

La peau se compose de deux couches, le derme et l'épiderme.

Le derme lui-même est formé d'une trame, d'un véritable feutrage de faisceaux, de volume variable composé de tissu lamineux, de fibres élastiques et de fibres musculaires lisses, sauf à la face plantaire où cet élément fait défaut.

Il est surmonté d'un élément dit accessoire, et qui, au point de vue de notre sujet, est des plus importants, c'est la papille.

On divise les papilles en simples et composées : les premières, incomparablement les plus nombreuses, sont remarquables par l'inégalité de leur volume, la variabilité extrême de leur configuration, leur dissémination sans ordre sur tous les points de la peau. On en trouve à la plante du pied, mais elles sont beaucoup moins importantes que les papilles composées : celles-ci affectent presque toujours une forme identique, celle d'un cône ; elles se bifurquent parfois à leur sommet et n'offrent que deux papilles secondaires de volume ordinairement inégal ; d'autres en présentent trois, quatre, quelquefois cinq, rarement plus.

Albinus et quelques anatomistes admettaient qu'elles sont formées par juxtaposition de plusieurs papilles simples, unies et confondues à leur base, indépendantes à leur sommet, par suite elles auraient la forme d'une gerbe.

Elles se rangent en séries linéaires, rectilignes ou curvilignes, chaque couple de séries reposant

sur une petite crête du derme ; cet accouplement de séries distingue plus particulièrement les papilles plantaires.

Chacune d'elles est constituée par un stroma de tissu lamineux très développé, par quelques fibres élastiques très ténues et une substance amorphe signalée par Robin, qui les relie entre elles.

Ce stroma de tissu fibreux sert de support à des vaisseaux constitués par un capillaire recourbé en anse, unique si la papille est simple, mais si la papille est composée, on compte autant d'anses vasculaires que de saillies de second ordre.

En outre, on voit assez fréquemment s'ajouter à ces anses une ou deux arcades anastomotiques qui les relient entre elles, surtout dans les papilles d'un certain volume, les anses forment un petit plexus ; cette disposition s'observe communément à la plante des pieds.

Les papilles composées ne renferment pas toutes des nerfs, celles qui en sont pourvues ont pour siège presque exclusif la paume des mains et la plante des pieds. Les tubes nerveux, au nombre de 4 ou 6, sont accolés les uns aux autres et se terminent dans les corpuscules du tact : on nomme ainsi de petits corps ovoïdes formés par l'enroulement des tubes nerveux et une substance granuleuse occupant le centre du corpuscule.

Etant connue l'anatomie d'une papille composée, il devient aisé de comprendre le mode de développement d'une verrue, qui n'est que l'exagération

de volume d'une papille. Ainsi, on voit les cellules du tissu lamineux formant le squelette de la papille, proliférer abondamment, donnant naissance à de nouvelles cellules qui envahissent les couches superficielles du derme, et refoulent la couche de Malpighi et l'épiderme.

Les vaisseaux de la papille normale s'allongent dans la verrue, se dilatent, mais restent disposés de la même façon; ils pénètrent la papille par son centre, et ce sont eux qui forment ces points d'où sort le sang, quand on racle une verrue. Parvenus au sommet du cône papillaire, on voit ces vaisseaux redescendre vers la base.

D'après Jolieu, ces canaux sanguins peuvent s'élargir énormément, devenir variqueux, fournir des hémorrhagies très abondantes, jusqu'au point d'arriver à former de véritables varices papillaires; qu'on ajoute à cela un travail inflammatoire s'emparant de la tumeur, il enverra des produits d'exsudation, de la matière amorphe, des corpuscules granuleux, des éléments fibro-plastiques, infiltrer, empâter les éléments primitivement simples de la verrue, on comprendra alors combien cette tumeur ainsi défigurée peut devenir d'un diagnostic difficile.

L'épiderme partage l'hypertrophie des autres éléments papillaires; d'après Samier, l'épaisseur de la couche cornée qui revêt les verrues de la plante du pied est double, et même triple de celle qui revêt les verrues de la face; on sait, du reste, que

partout où le frottement est énergique, l'épaisseur épidermique devient énorme, sur les verrues plantaires elle constitue parfois une véritable cuirasse, ce qui pourrait faire penser à l'existence d'un simple durillon, l'abrasion seule peut éclaircir le diagnostic.

Il est rare qu'une verrue soit composée d'une seule papille hypertrophiée, on en rencontre habituellement un grand nombre séparées les unes des autres par une tunique épithéliale.

SYMPTOMES ET MARCHE

Lorsqu'elles commencent à se développer, les verrues ne donnent que de légers indices de leur présence. D'abord l'épiderme se soulève, on sent en promenant l'extrémité du doigt sur la peau un point dur et arrondi, que l'œil peut à peine découvrir ; les papilles se dressent, s'épaississent, s'arrangent autour d'un point central et végétent en s'écartant de leur base qui est ordinairement plus large que leur sommet.

Leur forme est variable : généralement elles sont plates comme aux mains, font peu saillie au-dessus de l'épiderme, elles ressemblent à un durillon, mais souvent elles se déforment. M. Follin, qui a souvent eu l'occasion d'en voir, dit que sous l'influence des pressions entre le sol et le plan osseux, la verrue prend la forme d'un large champignon.

Elle se trouve alors enfoncée dans la peau comme le serait un bouton de chemise. En pinçant entre les doigts l'endroit où siège la verrue, on sent une sorte de noyau induré, aplati, s'enfonçant dans l'épaisseur de la peau comme un corps étranger.

Leur coloration est variable; au début elles ont une teinte claire qui, peu à peu, devient une coloration d'un vert foncé allant jusqu'au noir.

Leur volume est des plus variables, il est compris en général entre celui d'un grain de blé et celui d'une aveline, mais elles peuvent acquérir un volume considérable. Un traitement mal conduit, les irritations dues à la marche, semblent être un excitant puissant à leur rapide évolution; parfois elles sont le point de départ d'ulcères épidermiques et simulent alors des tumeurs d'une autre nature.

Elles sont très hygrométriques, par suite augmentent sensiblement de volume pendant les temps de pluie; ce phénomène se remarque nettement aux pieds où la même cause rend les cors douloureux lorsque le malade porte des chaussures trop étroites.

Les verrues plantaires sont souvent multiples, mais moins cependant que sur le dos des mains. Le fait capital de leur histoire est la douleur souvent excessive que provoque leur présence sur les points du pied en contact avec le sol. Qu'on lise une à une les observations rapportées à la fin de notre travail, on se convaincra que dans aucun cas ce phénomène n'a manqué, c'est sur lui que le

malade appelle toute votre attention, il en résulte parfois une véritable incapacité de travail.

En étudiant l'anatomie pathologique, nous avons insisté sur l'épaisseur souvent énorme de la couche épidermique qui recouvre la verrue. Ces excroissances, peu vasculaires, sont en effet surtout cornées, elles peuvent siéger indistinctement sur tous les points de la face plantaire, mais on les trouve le plus souvent aux talons ou à l'extrémité antérieure des métatarsiens.

Avant d'étudier la marche de ces excroissances, il nous semble utile de dire quelques mots des verrues se développant sous les ongles des orteils.

L'ongle repose, comme on le sait, sur une couche de papilles très développées. Or, ces papilles, comme toutes les autres, sont susceptibles de s'accroître ; il en résulte la formation d'une tumeur mamelonnée à large base, dont la surface extérieure formée en apparence de bourgeons charnus très fins, soulève la lame unguéale généralement sur un des côtés et vient faire une sorte de hernie entre le bord de l'ongle et la rainure digitale correspondante. C'est là une variété d'onyxis toute spéciale, observée déjà par Follin et dont Leroy d'Etiolles a donné une figure qui se rapporte à la même lésion.

Que devient une verrue plantaire abandonnée à elle-même ? Elles peuvent guérir spontanément comme celles des mains, sans cause appréciable, parfois dans le cours d'une autre maladie, une fiè-

vre typhoïde, par exemple. Ailleurs elles guérissent seules encore, parce qu'il se sera développé au-dessous d'elles un petit abcès : la guérison peut-être complète, car le derme sous-jacent est intact. Chez d'autres elles sont très tenaces et durent pendant des années si on n'intervient pas ; quelquefois elles tombent, mais pour repousser rapidement et parfois plus nombreuses.

Une question importante est celle de savoir si une verrue abandonnée à elle-même peut être le point de départ d'un épithélioma ? Au début de ce travail, nous avons signalé ce fait rapporté par Hébra, que chez certains individus âgés on voit à la nuque et aux pieds des verrues de coloration noirâtre, qui constituent parfois l'origine d'un épithélioma.

Leplat, dans sa thèse sur le cancer plantaire, dit que l'irritation répétée des verrues a quelquefois engendré la dégénérescence, mais il ne donne aucune observation à l'appui.

Nous ne pouvons donc que citer, sous leur responsabilité, l'opinion de ces deux auteurs. On pourrait, pensons-nous, se demander si ces prétendues verrues dégénérées ne seraient pas un épithélioma développé d'emblée, mais de diagnostic impossible au début.

Une autre question, non moins importante, est celle de savoir si une verrue peut être l'origine d'un mal perforant.

Boyer en étudiant ce genre d'ulcération avait

déjà noté que la perte de substance était parfois précédée d'une tumeur verruqueuse.

MM. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, et Verneuil, auraient eu l'occasion d'étudier toutes les phases de la maladie. Ils ont vu qu'il s'agissait d'une hypertrophie papillaire considérable, suivie d'une vascularisation insolite de ces petits organes qui se ramollissent ensuite et donnent ainsi naissance à une ulcération très rebelle, qui tend à se propager vers la profondeur.

Ces lignes empruntées à Gorju, dans sa thèse inaugurale (1855), ne sont suivies d'aucun document à l'appui; il dit, du reste, que les observations manquent absolument sur ce point de l'étiologie du mal perforant. Les nombreuses thèses écrites depuis sur ce genre d'affection sont absolument muettes à l'égard des verrues plantaires. Cela tient-il à ce que l'on n'y a pas prêté assez d'attention, ou bien à ce que le malade était forcé par la douleur de se débarrasser de son infirmité avant que le mal ne fût arrivé à l'ulcération?

M. Després nous a dit ne point admettre la verrue comme cause du mal perforant, et de fait, quelle que soit la théorie que l'on admette au sujet de la formation de cette ulcération, on ne conçoit guère que la verrue puisse lui donner naissance.

On sait que dans ce genre d'excroissance les papilles du derme s'engrènent fortement avec les prolongements envoyés par l'épiderme en sens inverse sans frottement; s'il y a formation d'un petit

abcès, il laisse au-dessous de lui le derme parfaitement intact, et le mal ne s'étend même pas à la couche sous-cutanée, loin de donner lieu, comme cela arrive pour le mal perforant, à une ostéite ou à une arthrite.

Nous avons vu qu'une verrue irritée par la marche ou des abrasions insuffisantes, s'accroissait de plus en plus : la marche du mal perforant est justement l'inverse, le derme se détruit, disparaît même entièrement, il ne reste plus que des fongosités insensibles. Les papilles fongoïdes de la verrue plantaire deviennent de plus en plus douloureuses : ceci prouve bien qu'il n'y a pas là de lésion nerveuse comme dans le mal perforant, et que ce sont deux affections de nature toute différente.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des verrues plantaires est quelquefois des plus délicats ; par ordre de fréquence les affections similaires que nous ayons à étudier sont : le cor, le durillon, l'épithélioma et puis quelques maladies tout à fait rares, telles que le fibrome sous-cutané douloureux.

La verrue, nous l'avons déjà dit, est rarement solitaire : très souvent elle est accompagnée par d'autres verrues qui se sont développées en d'autres endroits du corps ou bien le malade en a déjà eu antérieurement, mais elles ont disparu : ce fait peut

servir quelquefois à mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic. Si on considère la tumeur en elle-même, on remarque que la verrue se développe partout tandis que le cor et le durillon ont des sièges de prédilection : ce sont généralement les points où existent des frottements : le plus souvent au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième orteil ou de la ligne correspondant à la tête des métatarsiens. Le cor a la forme d'une plaque généralement étroite, dure, raboteuse, dépassant peu le niveau de la peau ; sa base ne s'enfonce jamais dans l'épaisseur de la peau. Quelques-uns ressemblent à une tête de clou, ceux qui croissent entre les orteils ressemblent davantage à une verrue aplatie. Si on pratique des abrasions sur un cor, on enlève, comme sur une verrue, des lamelles cornées d'épiderme, mais même en taillant très profondément on ne voit jamais, c'est là le point capital, ces petits points d'où le sang s'écoule comme il s'écoule d'une verrue d'où l'on tranche les papilles.

Le derme est refoulé et ne participe pas à l'hypertrophie : même remarque pour le durillon, qui souvent présente de plus une bourse séreuse sous-jacente.

Ces deux affections sont donc faciles en général à différencier de la verrue ; au surplus, leur mutuelle innocuité rendrait une erreur de diagnostic peu préjudiciable.

Il n'en est pas de même de l'affection suivante, de l'épithélioma plantaire, beaucoup moins rare que

le peu d'observations publiées pourrait le faire croire. Dans sa forme papillaire, la tumeur se présente sous forme d'un champignon, plus ou moins volumineux, exulcéré, mollasse, très vasculaire, saignant au moindre contact : cet ensemble de caractères la fera aisément distinguer de la verrue, très dure, rarement ulcérée, peu vasculaire, ne saignant jamais spontanément.

Mais ailleurs, le mal débute par un dépôt squameux, d'épaisseur variable, reposant sur une base plus ou moins élevée. On trouve cette base constituée par une hypertrophie simple des papilles de la peau recouverte d'une couche d'épiderme plus ou moins épais. Si l'on soumet à l'examen microscopique une de ces papilles, on constate qu'elle a conservé son apparence fibroïde, mais elle est augmentée de volume et parcourue par des capillaires plus gros et plus nombreux qu'à l'état normal. Ils semblent avoir plus de longueur, on les voit quelquefois décrire des flexuosités à la surface des papilles.

De son côté l'épiderme participe à l'hypertrophie et forme des gaines épaisses constituées par la superposition de nombreuses lamelles épithéliales.

A ce premier degré il est à peu près impossible de distinguer un épithélioma d'une simple verrue ; comme on le voit en effet, tous les caractères extérieurs de la verrue, sa structure elle-même se retrouvent complètement dans les descriptions ci-dessus. Ajoutons que souvent l'épithélioma siège au talon :

mais par leur marche ces deux affections diffèrent totalement; l'épithélioma reste fort longtemps stationnaire, il est vrai, mais il finit toujours par s'ulcérer, chose exceptionnelle pour la verrue: cette ulcération, granuleuse, bourgeonnante, humide, à bords saillants, blanchâtres, taillés à pic, s'étend rapidement et peut acquérir une étendue considérable; l'engorgement ganglionnaire a aussi une grande importance.

L'examen histologique est d'un précieux concours pour le diagnostic; d'après Küss, les tissus sont rapidement infiltrés des éléments corpusculaires de l'épithélioma; cette infiltration a lieu par la formation à l'intérieur des papilles d'alvéoles remplies de cellules épidermiques qui se disposent sous la forme d'axes assez réguliers en suivant comme une espèce de mandrin le moule intérieur de la papille.

D'après Cornil et Ranvier, il faut un examen minutieux pour établir le diagnostic: pour prononcer le mot de papillome, il faut, disent ces auteurs, ne trouver à la base des papilles ni alvéoles de carcinome, ni traînées glandulaires, ni flots d'épithélium. Or, la section perpendiculaire à la surface d'un papillome durci montre les espaces inter-papillaires à un niveau très varié. Il ne faut pas prendre les cellules épithéliales situées entre les papilles pour des lobules d'épithélium; la distinction en est facile, car ces derniers s'enfoncent dans le derme ou dans le chorion muqueux, tandis que les plus profonds des espaces interpapillaires du papillome sont à peu

près sur le même niveau que les papilles normales.

D'un autre côté, lorsque la section faite à travers un papillome est un peu oblique, les espaces interpapillaires coupés obliquement ressemblent à s'y méprendre à des lobules d'épithéliome. Il suffit d'être prévenu d'une pareille erreur pour l'éviter en faisant de bonnes préparations. Le diagnostic n'est possible qu'à cette condition.

Nous ne dirons que quelques mots relativement à la possibilité de rencontrer un fibrome sous-cutané douloureux sous la plante du pied. Gorju rapporte une observation d'un malade opéré par Robert, chez lequel ce fibrome aplati siégeant sous la peau du talon, recouvert d'une épaisse cuirasse épidermique donnant lieu à de violentes douleurs, fut pris à plusieurs reprises pour un durillon, d'où de nombreuses abrasions restées inutiles. Ce fait nous a paru digne d'être cité, car un esprit non prévenu pourrait très bien croire également à l'existence d'une de ces verrues écrasées, renfoncées dans le derme, comme nous l'avons vu, sous l'influence de la marche. Les fibromes douloureux sont rares à cette région.

Le cancer mélanique s'observe parfois à la face plantaire ; mais si la verrue présente quand elle est ancienne la même coloration, elle n'a pas la marche envahissante du cancer, elle ne provoque pas non plus l'engorgement ganglionnaire ni la généralisation rapide de cette redoutable affection.

Les gommes de la peau, toujours plus molles, ne méritent pas que nous insistions sur leur diagnostic différentiel.

PRONOSTIC.

Le pronostic en général est des plus favorables : s'il était bien établi qu'une verrue peut dégénérer, se transformer en tumeur cancéreuse, il y aurait lieu d'être plus réservé, mais les observations de cette transformation nous l'avons vu plus haut, manquent absolument.

TRAITEMENT.

Sous l'influence de leur doctrine humorale, les anciens et avec eux tous les médecins du moyen âge faisaient au traitement interne une part considérable. Ils prescrivaient une foule de tisanes réputées dépuratives et même au xviii^e siècle Lorry recommandait encore un régime doux, consistant en bains et lait d'ânesse. Mais il ne négligeaient pas pour cela le traitement local et, en somme, nous pouvons dire que depuis des siècles on n'a guère ajouté à leur méthode : on revient toujours aux abrasions de ces excroissances, précédées ou suivies de cautérisations au moyen de nombreux agents. Galien prescrivait de cerner et d'enucléer par un mouvement de bascule les verrues, au moyen d'une

plume de coq un peu dure ou un tuyau de cuivre tranchant sur son pourtour. Avicennes recommande la cautérisation avec l'arsenic, après un grattage préalable de la verrue au moyen des ongles ou d'une lancette. Rhasis préconise le fer rouge pointu.

Avec Guy de Chauliac et ses successeurs, apparaissent des traitements mirifiques dont quelques-uns sont restés populaires: on y voit figurer le lierre, le froment, le sang de pigeon, le sang de taupe, le froment, l'euphorbe, le suc du figuier, etc. On s'explique le succès de ces moyens bizarres par la facilité avec laquelle nos pères rapportaient à une simple coïncidence la cause d'un fait. On sait qu'un des caractères de la verrue est de disparaître spontanément; or, comme il arrivait souvent que les verrues disparaissaient d'elles-mêmes après l'application d'un quelconque de ces remèdes empiriques, on s'empressait de conclure à leur efficacité.

Le traitement employé par les chirurgiens modernes est à peu près celui de Galien; il consiste à faire des abrasions avec un bon bistouri et à cautériser ensuite soit avec l'acide chromique, soit avec la pâte arsenicale, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, le beurre d'antimoine.

M. Verneuil a préconisé l'enlèvement de la tumeur au bistouri, comme on le ferait pour une tumeur bénigne quelconque. La guérison est rapide, elle ne demande qu'une dizaine de jours.

M. Després emploie le moyen suivant : il place gros comme un pois de pâte de Vienne sur la tumeur, les laisse en contact pendant une demi-heure, puis panse l'eschare avec du diachylon ; une seule cautérisation suffit habituellement, la cicatrice au bout d'une quinzaine de jours est assez forte pour supporter le poids du corps durant la marche.

Si les verrues sont multiples, il faut les attaquer successivement et ne pas se contenter de détruire les plus grosses.

Enfin si l'épiderme est, à leur surface, très épais, il est indispensable de l'abraser, de faire saigner légèrement avant l'application du caustique.

Pour terminer, nous citerons un dernier traitement rapporté par Samier et qui est emprunté à la pratique journalière de M. le professeur Guyon : c'est la cautérisation, après abrasion de la cuirasse épidermique, au moyen de l'acide acétique cristallisable.

Ce procédé donnerait d'excellents résultats.

CONCLUSIONS.

1° La verrue plantaire, sans gravité par elle-même, est le point constant de douleurs souvent excessives, pouvant aboutir à une véritable incapacité de travail et nécessitant par suite l'intervention.

2° Il n'est pas démontré malgré l'autorité de Boyer et de Robert que la verrue puisse être le point de départ d'un mal perforant.

3° La dégénérescence cancéreuse affirmée par Leplat, par Hébra et quelques auteurs, n'est pas établie sur des documents suffisants pour être reconnue réelle.

4° Le praticien doit toujours avoir présent à la mémoire l'analogie souvent frappante entre la verrue et l'épithélioma au début ; si le malade a passé l'âge adulte, si la tumeur est solitaire au moment de l'examen et n'a pas été précédée d'une éruption verruqueuse sur quelque autre point, on devra agir aussi énergiquement que si l'on était convaincu d'avoir affaire à un épithélioma.

5° Les verrues sous-unguéales s'accompagnent de douleurs intenses et deviennent le point de départ d'un onyxis spécial nécessitant un traitement rapide et rigoureux

6° Les traitements les plus efficaces sont : la cautérisation après abrasion de la cuirasse épidermique au moyen de l'acide acétique cristallisable ou de la pâte de Vienne.

DEUXIÈME PARTIE.

OBSERVATIONS.

OBS. I. — Un homme de peine portait à la plante du pied, vers la région métatarsienne, une plaque verruqueuse du volume d'une pièce de 2 francs, saillante, dure, immobile, et fort douloureuse. La marche ne pouvait s'effectuer depuis quelque temps que sur la pointe du pied. Il n'est pas douteux que cet homme n'eût eu par la suite un pied bot équin, ainsi qu'on en a eu des exemples, par suite de cette démarche. Il était donc urgent d'enlever cette production épidermique.

Lisfranc fit ramollir la plaque avec de l'eau saturée de savon noir qui rendit l'ébarbement facile. (Gorju. — Thèse sur les tumeurs plantaires), tirée des Annales de therap. de Rognetta. 1855.)

OBS. II. — L..., âgé de 28 ans, bonne constitution, bon tempérament, est affecté, depuis son enfance, d'une rétraction des tendons extenseurs des orteils due à des chaussures trop courtes. Le 15 octobre 1847, cet homme, qui est surveillant de la navigation, marchant dans un bateau chargé de boulets de canon, mit le pied droit sur un de ces boulets qui

tourna et entraîna le pied avec lui. Dès lors sensation très douloureuse à la partie moyenne de la plante du pied et au niveau de l'espace indiquant la tête du troisième métatarsien. Le soir, gonflement du pied au repos.

La douleur subsiste. Le malade continue son service jusqu'au 15 décembre. A cette époque, le repos est obligé à cause de l'intensité de la douleur. Il s'aperçoit de la présence d'une espèce de durillon à la plante du pied, là où il avait eu la douleur la première fois. Voyant ce durillon augmenter peu à peu et lui causer des douleurs assez vives pour lui interdire la marche, il enlève au mois de mars avec un rasoir quelques petites lames épidermiques et aperçoit plusieurs points à travers lesquels suinte le sang.

Augmentation de la rétraction des tendons, à cause de l'attitude vicieuse à laquelle l'oblige la douleur.

Un médecin consulté, pensant que la rétraction tendineuse était la cause de la difficulté de la marche et croyant la ténotomie nécessaire, l'envoie à Paris pour se faire opérer. A son entrée à l'hôpital le 17 mai, on remarque sur la ligne indiquant la tête des métatarsiens, du côté droit, à la plante du pied, et à la partie supérieure de cette ligne, un espace grand comme une pièce de 25 centimes, assez transparent, jaunâtre, formant une petite saillie comme chagrinée à sa surface et différant peu dès lors de l'épiderme voisin. La douleur est

lancinante, elle augmente avec les changements de température et avec le plus léger contact, et s'irradie dans toutes les parties voisines.

Le 18 mai, M. Robert enlève la peau malade dans toute son épaisseur jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

Le 6 juin, le malade est guéri.

Voici l'examen microscopique de la pièce par M. Lebert. La tumeur, du volume d'une petite fève, était aplatie, irrégulière, par une section verticale dans toute son épaisseur; on voyait deux couches : une superficielle, jaune sale, demi-transparente, c'était l'épiderme cornifié; l'autre, d'un blanc mat, comme laiteux, d'une consistance élastique de 4 à 5 millimètres d'épaisseur; la première, ayant à peine 2 millimètres d'épaisseur, montrait à la loupe sa surface supérieure irrégulière, et comme ondulée dans toute son étendue de petites colonnes verticales alignées les unes à côté des autres comme des palissades. En examinant ces coupes verticales avec un grossissement de 500 diamètres, on voit tous ces éléments, qui sont bien plus distincts, et l'on peut se convaincre en outre qu'une traînée de substance épidermique entoure de tous côtés ces colonnes papillaires et s'enfonce dans leurs intervalles. La couche transparente de l'épiderme fait voir les conduits excréteurs des glandes sudoripares, conduits moins tortueux qu'à l'ordinaire. Pour bien reconnaître les éléments primitifs des deux substances de la tumeur, nous l'examinons préalablement dé-

layée dans l'eau imbibée d'acide acétique. On reconnaît alors, avec un grossissement de 500 diamètres, les feuilletés lamelleux et polygonaux dépourvus de noyaux qui composent la couche épidermique ; le centre des papilles elles-mêmes est composé de fibres verticales et serrées qui à leur partie inférieure paraissent s'épanouir, pour se mêler insensiblement avec les fibres horizontales du derme. Cette tumeur est donc constituée par une hypertrophie locale et circonscrite de la couche papillaire de la peau, avec augmentation de la couche épidermique. Cette tumeur, comme on le voit, était manifestement une hypertrophie papillaire. Supposez qu'elle se fût ulcérée, ce qui serait peut-être arrivé au bout d'un temps plus ou moins long, on se serait empressé de le publier sous le nom de mal perforant du pied, ce qui n'aurait fait voir qu'un côté de la maladie, l'ulcération, dont l'étiologie aurait été méconnue. (Gorju, thèse de Paris, 1855.)

OBS. III (de M. le Dr Leroux, interne). — Une jeune fille âgée de 19 ans, d'une excellente constitution, entre le 5 juillet à la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil. Elle porte à la partie moyenne du talon un petit durillon, survenu, dit-elle, à la suite de l'irritation causée par sa chaussure.

Depuis plusieurs jours ce durillon est devenu tellement sensible, qu'il lui est impossible d'appuyer avec son talon sur le sol. Elle entre donc pour qu'on

lui enlève. On constate au milieu du talon une induration épidermique du volume d'une très grosse lentille qui soulève à peine l'épiderme ; il est douloureux à la moindre pression et donne la sensation d'un corps étranger pénétrant dans le talon. A ce propos, M. le professeur Verneuil fait remarquer qu'il s'agit ici d'une sorte de verrue développée en sens inverse. Voici, d'après lui, les lésions diverses que l'on constate dans ces petites productions suivant leur siège.

A la main, la production devient saillante : c'est une verrue produite par la saillie que font les papilles du derme hypertrophiées et développées du côté de la surface épidermique. La couche épidermique épaisse recouvre les papilles.

Au pied, en raison de l'épaisseur et de la résistance de l'épiderme et aussi de la pression, les papilles augmentent également de volume, mais en sens inverse, et la tumeur est peu saillante, presque de niveau avec la surface épidermique. L'épiderme est fort épaissi, et se prolonge profondément entre les papilles.

Ailleurs, on voit une variété intermédiaire. On fit la résection sur le bistouri, et on appliqua un pansement ouaté. Dix jours après, la malade sortit guérie. La cicatrisation était complète.

Obs. IV (Samier, thèse de Paris). — Le malade occupa longtemps l'emploi de chef d'équipe au gaz, profession qui le forçait à marcher beaucoup. Il y a

sept ans, il eut sur le dos de la main une série de verrues dont quelques-unes sont disparues d'elles-mêmes. Celles qui restent aujourd'hui, au nombre de cinq, siègent sur les quatrième et cinquième doigts et sur les métacarpiens correspondants.

Elles présentent des dimensions différentes, les plus volumineuses étant grosses comme une lentille environ et ne semblant pas diminuer de volume. Elles sont fortement aplaties, ont la consistance et la couleur de la peau, à l'exception cependant de la plus volumineuse, qui est un peu plus foncée. Jamais elles n'ont été le siège d'écoulement sanguin ou d'ulcération.

Il y a trois mois, le malade constata à la plante du pied droit une élévation de l'épiderme, qu'il crut d'abord être un durillon ou un cor. Son siège correspondait à la face plantaire de l'articulation des phalanges du gros orteil, un peu en avant du pli plantaire. Ce fut seulement un mois et demi après que le malade commença à éprouver de la douleur en ce point. La douleur augmenta de jour en jour, bientôt le malade fut obligé de renoncer à l'usage des sabots et ne porta plus que des souliers, dans lesquels il ne pouvait plus remuer. Cette tumeur présentait les mêmes caractères physiques que celle observée à la main gauche, elle se distinguait cependant en ce qu'elle était très sensible à la pression, tandis que nous avons pu pincer les verrues du dos de la main sans provoquer la moindre douleur. Telles sont les conditions dans lesquelles le malade

entre à Cochin, dans le service de M. Després, le 5 mai 1879.

Le 6 mai, M. Després pratique l'abrasion de la verrue plantaire, et découvre ainsi quatre points noirs indiquant la présence de quatre papilles dans la tumeur, puis il applique de la pâte de Vienne qu'il laisse vingt minutes. On met ensuite un cataplasme de graine de lin sur le point malade.

Le 7, ablation avec une pointe de ciseaux de la verrue mortifiée, qui laisse un cratère pouvant contenir environ trois têtes d'épingle.

Le 8, le malade quitte l'hôpital avec un pansement au diachylon.

Obs. V (Saimier, thèse). — M. X..., étudiant en médecine, âgé de 24 ans. Ce jeune homme se trouvant dans le service de M. le professeur Verneuil, à la Pitié, lorsque j'allais chercher des observations, me raconta qu'il était à peine guéri depuis huit jours d'une verrue de la plante du pied. Il fut assez obligeant pour me donner des détails assez intéressants sur cette affection qu'il avait observée avec soin.

La maladie avait débuté par une légère irritation causée en un point par la bottine. D'abord M. X... n'y avait prêté aucune attention, puis il remarqua qu'il se formait une sorte de petite tumeur faisant corps avec la peau du talon et faisant une légère saillie à l'extérieur, sans changement de couleur à la peau, sauf une légère teinte

jaunâtre. Il crut avoir affaire à un durillon, mais la tumeur devenait de plus en plus douloureuse, à tel point que le malade, qui était externe d'un hôpital excentrique, fut obligé d'interrompre son service. Il n'osait plus poser le talon sur le sol. La tumeur augmentait sans cesse. Croyant alors s'en débarrasser comme on se débarrasse d'un cor ou d'un oignon, le malade se mit à enlever avec un bistouri des rondelles épidermiques, mais il aperçut des points noirs d'où s'échappait du sang. Fatigué d'être ainsi continuellement tenu par cette légère affection, il eut recours aux cautérisations avec l'acide nitrique, puis l'acide chromique, et enfin la pâte arsenicale. A cette dernière tentative, le mal céda, et la tumeur tomba d'elle-même avec l'eschare. Peu de temps après, toute trace avait disparu, et le malade guéri reprenait son service.

Obs. VI (Samier). — Le 10 janvier 1880, un homme de peine se présente à la consultation de l'hôpital Cochin, portant au talon du pied droit une petite tumeur survenue à la suite de l'irritation causée par sa chaussure. Elle est du volume d'une lentille, très sensible depuis quelques jours ; elle a depuis changé de couleur, dit le malade, et elle est devenue légèrement rouge. Le malade ajoute que la tumeur donne lieu à des élancements qui l'empêchent de dormir. M. Després enlève la tumeur avec le bistouri, et au-dessous d'elle on trouve un petit abcès et le derme à nu. On applique sur la surface dénu-

dée un pansement au diachylon, et le malade guérit parfaitement.

La tumeur examinée du microscope était une verrue de la plante du pied, au-dessous de laquelle s'était formé un abcès.

OBS. VII. (Compendium de chirurgie). — Un malade qui portait un de ces poireaux à la face plantaire du pied, vis-à-vis de la tête du premier métatarsien, supporta courageusement une opération longue et pénible, dans laquelle on fut obligé d'aller fouiller profondément, jusqu'au-dessous du derme, pour enlever toutes les racines du mal qui avait déjà récidivé deux fois.

OBS. VIII. — (Nous pourrions donner comme personnelle l'observation suivante, c'est l'unique cas qu'il nous ait été donné d'observer, c'est aussi à son sujet que M. le Dr Desprès nous a inspiré l'idée de traiter des verrues plantaires dans notre travail. L'honorable professeur ayant fait le même jour une leçon clinique sur la maladie, pour ne point répéter les mêmes faits nous nous contenterons de rapporter cette clinique : nous ajouterons simplement que trois mois après ayant revu la malade, la cicatrice était très résistante, aucune récidive ne s'était produite.)

« Messieurs, je désire vous entretenir aujourd'hui d'une affection dont les livres classiques font à

peine mention et pour laquelle vous serez consultés.

« Je veux attirer votre attention sur les verrues de la plante du pied, lésion légère en apparence, mais qui dans certains cas peuvent tellement faire souffrir les malades qu'ils demanderont avec instance de les en débarrasser. Pour mieux graver les faits dans votre esprit, permettez-moi de vous raconter brièvement l'histoire d'une malade qui s'est présentée ces jours derniers à notre consultation de l'hôpital.

Il s'agit d'une femme qui portait sous la peau du talon de son pied gauche une petite verrue aplatie, du volume d'un petit pois : la lésion était extrêmement douloureuse et gênait beaucoup la marche. Son aspect extérieur ne présentait rien de particulier et se rapprochait à peu de choses près de toutes les autres verrues qui, comme vous le savez, se développent en grand nombre sur la face palmaire de la main et des doigts. La gêne qu'elle occasionnait était telle que la malade nous demanda de l'en guérir à tout prix.

Quel est donc le traitement qui convient le mieux à ce genre d'affection ? On a préconisé dans ce but l'ablation de cette petite tumeur : si cette pratique paraît satisfaisante au premier abord, elle ne met cependant pas à l'abri de la récurrence : d'autres ont conseillé de détruire le mal par l'application locale d'agents caustiques plus ou moins appropriés. Quant à moi, voici ma façon de faire dans les diffé-

rents cas que j'ai eu l'occasion d'observer et qui m'a toujours réussi jusqu'à présent ; j'ai appliqué sur la verrue de notre malade gros comme un pois de pâte de Vienne. J'ai laissé le caustique en place pendant une demi-heure, temps nécessaire pour que son action s'exerce assez profondément, après quoi j'ai enlevé le tout et posé sur la petite eschare un pansement de diachylon. Une seule cautérisation a suffi et dans l'espace de quinze jours il s'est formé une cicatrice suffisamment forte pour supporter le poids du corps pendant la marche, et qui plus est, elle n'est nullement douloureuse, comme on eût pu la penser a priori.

« Mais pour compléter vos connaissances là-dessus, je dois ajouter que les verrues de la plante du pied sont généralement nombreuses. Aussi est-il nécessaire, pour obtenir une guérison complète, d'attaquer les petites tumeurs une à une et de ne pas se borner à détruire la plus grosse. Dans d'autres cas, les verrues sont plus ou moins saillantes, plus ou moins cornées : pour en obtenir la cure radicale il faut avant d'appliquer le caustique, les ébarber et les faire saigner légèrement.

« Sachez enfin que, dans certaines circonstances, la tumeur peut récidiver et alors on est obligé de revenir à plusieurs reprises sur les cautérisations.

« Pour terminer, je vous dirai qu'avant de tenter le traitement, il faut bien vous convaincre qu'il s'agit d'une verrue. Aussi gardez-vous bien de confondre cette dernière affection avec le durillon pro-

voqué par un simple frottement traumatique de la chaussure.

« Pour arriver au diagnostic, vous n'aurez qu'à abraser la partie cornée de la verrue : vous verrez alors une surface pointillée entourée d'une auréole brunâtre, due à l'hypertrophie du derme autour des papilles végétantes qui constituent la verrue : rien ne ressemble à ces verrues. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- HIPPOCRATE : Trad. Littré, t. III, p. 85.
GALIEN : (Livre II. De morb.).
CELSE : (Traité de médecine, trad. Fouquier et Ratier).
AÉTIUS : Lib. XIV, IV, t. III.
PAUL D'EGINE : Lib. IV, c. XV.
GUY DE CHAULIAC : Grande chirurgie.
— Commentaires sur la grande chirurgie de
Chauliac, par Simon Mingelousaux (1683).
GUY DE CHAULIAC : Abrégé de la chirurgie de Chauliac, par
Verduc (1716).
AMBROISE PARÉ : Edit. Malgaigne, t. VII.
NICOLAS DE BLEGNY : L'art de guérir les maladies vénériennes
(1698).
LE BÈGUE DE PRESLES : Mémoire pour servir à l'histoire de
l'usage interne du mercure, sublimé corrosif. La Haye
(1763).
PRESSAVIN : Traité sur les maladies vénériennes (1775).
GARDANE : — — — (1774).
ASTRUC : — — — (1777).
FABRE : — — — (1782).
ROUSSELOT : Toilette des pieds ou traité de la guérison des
cors, verrues. Paris, 1769.
LA FOREST : L'art de soigner les pieds (1782).
LORRY : Ouvrage latin sur les maladies de la peau.
BOYER : Maladies chirurgicales.
DUDON : Manuel du pédicure (1825).

- SIMON (DE BERLIN) : Die Haut Krankheiten.
KRAMER : Ueber Condylome und Warzen, 1847.
ALIBERT : Maladies de la peau (1832).
RAYER : — (1835).
CRUVEILHIER : Anatomie pathologique.
LEBERT : Physiologie pathologique.
— Traité d'Anatomie pathologique (1837).
CAZENAVE : Maladies de la peau.
MARJOLIN : Dictionn. en 30 vol., t. XXX (1845).
VIDAL DE CASSIS : Pathologie externe.
BÉRARD et DENONVILLIERS : Compendium de chirurgie.
NÉLATON : Pathologie externe.
BAUDOT : Maladies de la peau.
CAILLOT : —
CHAUSSAT : —
FABRE : Dictionn. du médecin praticien, t. VIII.
NÉLATON : Pathologie externe.
OLLIER : Tum. hypertroph. de la peau. — Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau (1858).
DEVERGIE : Maladies de la peau.
BAZIN : Leçons sur les affect. cutan. artific. et les difformités de la peau.
RINDFLEICH : Traité d'histolog. patholog. Trad. Gross.
FOLLIN : Pathologie externe.
VERNEUIL : Archives de médecine (1854). — Observat. pour servir à l'hist. des tum. de la peau.
JOLIN : Thèse de Paris (1855).
GORJU : — (1857).
VIRCHOW : Fibromes papill. in patholog. des tum. Traduct. de Aronhson, t. I.
CORNIL et RANVIER : Manuel d'histol. patholog. I part.
HUGUIER : Tumeur du talon. Bulletin de la Société de chirurgie (1852).
PÉAN : Hypertroph. papill. du pied, in Leçons de clinique chirurgicale, Paris, 1876.

AIGUILHON : Note sur le développ. des papillomes cornés du pied. Archiv. de médecine (1876).

HEBRA et KAPOSI : Maladies de la peau.

BILLROTH : Papill. cornés, in patholog. chirurg. générale.

SAMIER : Thèse de Paris (1880).

DESPRÉS : Gazette des hôpitaux (1882).

DUHRING : Traduct. Barthélemy (1882), maladies de la peau.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Du tissu osseux.

Physiologie. — Développement des os.

Physique. — Des lentilles.

Chimie. — Chloral et Chloroforme.

Histoire naturelle. — Parasites intestinaux.

Pathologie externe. — Du mal perforant.

Pathologie interne. — Névralgie faciale.

Anatomie pathologique: — Péritonite tuberculeuse.

Médecine opératoire. — De la Trachéotomie.

Pharmacologie. — Du lait et des œufs, leur emploi en pharmacie.

Thérapeutique. — Médication stibiée.

Médecine légale. — Empoisonnement par la strychnine.

Accouchements. — Version podalique.

Vu, par le président de la thèse,
DUPLAY,

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



